

F A C U L T E D E M E D E C I N E D E P A R I S

Année 1956

Nº

T H E S E

873

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

Par

HUYNH - HUU - PHUOC

Né le 25 Novembre 1924, à Phuoc-long, Province de Rach-gia
(Sud Viet-Nam)

Présentée et soutenue publiquement le

SUR UN CAS DE NAEVO-CARCINOMES DE LA VULVE

Président : M. FUNCK - BRENTANO (P.), Professeur.

F A C U L T E D E M E D E C I N E D E P A R I S

Année 1956

Nº

T H E S E

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

Par

HUYNH - HUU - PHUOC

Né le 25 Novembre 1924, à Phuoc-long, Province de Rach-gia
(Sud Viet-Nam)

Présentée et soutenue publiquement le

SUR UN CAS DE NAEVO-CARCINOMES DE LA VULVE

Président : M. FUNCK - BRENTANO (P.), Professeur.



PROFESSEURS HONORAIRES:

MM. Baudouin, Bénard(H), Cadenat, Carnot, Chabrol, Champy, Chevassu, Delbet, Donzelot, Gastinel, Guillain, Halphen, Harvier, Laroche(G), Laubry, Lemaitre, Lemierre, Lévy-solal, Lhermitte, Lian, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquot, Mulon, Olivier(E), Ombrédanne, Sannié, Sézary, Tanon.

DOYEN Léon BINET, membre de l'Institut

ASSEESSEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

MM.

Anatomie CORDIER (G)
 Anatomie pathologique DELARUE(A)
 Bactériologie N..
 Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports. . .
 CHAILLEY-BERT(P)
 Biologie médicale VERNE(J)
 Cancérologie médicale et sociale N..
 Carcinologie OBERLING(C)
 Chimie médicale JAYLE(M.F.)
 (Hotel-Dieu BROCC(P)
 Cliniques chirurgicales. { Broussais . DE GAUDART-D'ALLAINES
 { Salpêtrière N..
 { Cochin QUENU (J)
 Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique
 MERLE D'AUBIGNE(R)
 Clinique de cardiologie MOUQUIN(M)
 Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.. FEVRE(M)
 Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire MONOD(R)
 Clinique de la tuberculose. BERNARD(E)
 Clinique de neuro-chirurgie. PETIT-DUTAILLIS(D)
 Clinique de puériculture. ? LELONG(M)
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . DEGOS(R)
 Clinique des maladies du sang. CHEVALLIER (P)
 Clinique des maladies du système nerveux.. ALAJOUANINE (T)
 Clinique des maladies des enfants. DEBRE (R)
 Clinique des maladies infectieuses. MOLLARET (P)
 Clinique des maladies mentales et de l'encéphale . DELAY(J)
 Clinique gynécologique FUNCK-BRENTANO(P)

Cliniques médicales (Hôtel-Lieu F...
 (Bichat N...
 (Cochin LORBAU (R)
 (Broussais LE GENNELS (L)
 Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique . . .
 JUSTIE BESAI COR (L)
 Clinique médicale propédeutique . . . PASTEUR VALLERY-RADOT (L)
 Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies
 de la nutrition BOULIN (R)
 (Tarnier TULJOUL (P)
 Cliniques obstétricales (Baudelocque N...
 (Port-Royal LACOMBE (L)
 Clinique ophtalmologique VETTER (E)
 Clinique oto-rhino-laryngologique AUBIN (L)
 Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires
 RICHET (C)
 Clinique psychiatrique infantile HENYER (C)
 Clinique rhumatologique et sociale COSTE (F)
 Clinique stomatologique DECHAUVE (L)
 Clinique thérapeutique chirurgicale SEEQUE (J)
 Clinique thérapeutique médicale LERAILL (L)
 Clinique urologique FLY (B)
 Embryologie GIROUX (A)
 Génétique médicale LAMY (L)
 Histoire de la médecine et de la chirurgie F...
 Histologie E...
 Hygiène et clinique de la première enfance CATALA (J)
 Hygiène et médecine préventive JONHOL (C)
 Médecine du travail DESOILLE (H)
 Médecine légale PIEDILVRE (R)
 Parasitologie et histoire naturelle médicale GAILLARD (H)
 Pathologie chirurgicale LEBEAU (G)
 Pathologie exotique LAVIER (G)
 Pathologie expérimentale et comparée LEBRE (J)
 Pathologie tumorale et immunologie expérimentale (chaire
 titre personnel) LEBRIER (F.P)
 Pathologie médicale BERTLY (L)
 Pathologie et thérapeutique générales GARCIL (J)
 Pédiatrie sociale LERIL (J)
 Pharmacologie et matière médicale HAZARD (R)
 Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel) DOGMOU (A)
 Physiologie BILLET (L)
 Physique médicale STROHL (A)
 Radiologie médicale LESGUE (H)
 Technique chirurgicale LOUIGULT (P)
 Thérapeutique TURPIN (R)

II.-PROFESSEURS SANS CHAIRE

TITRES DE CONFÉRENCES-AGREGÉS ET AGREGÉS

Anatomie (LELLAS (A.) pr.s.ch.
 (LEMYER (J)
 (OLIVIER
 (N...
 Anatomie pathologique (GATHILREVILLARD (Mlle P.) pr.s.ch
 (BUSSER (F)
 (GOUYGOU (Ch.)
 Bactériologie (NEVOT (A)
 (N...
 Biochimie médicale (ATTORI (J) pr.s.ch
 (F...
 (N...

Biologie médicale	BOURILLON (F)	
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (F)	
Embryologie	TUCHER (M)	
Histologie	(BULLIARD (H), pr.s.ch.	
	(I..	
Hydrologie	(J..	N..
Hygiène	(BOYER (J) pr.s.ch.	
	(DEFFRIS (A) pr.s.ch	
Maladies infectieuses	N..	
legale et	(DEROBLERT (I) pr.s.ch.	
Médecine du travail	(GAUTHIER (I)	
	(HALLIGUL (I)	
	(I..	
Neurochirurgie	DAVIE (L)	
Neurologie	I..	
	(GRASSET (J)	
	(LEPAGE (F)	
	(MERGER (R)	
Obstétrique	(MORIN (P)	
	(RAVINA (J.)	
	(N..	
	(N..	
Ophtalmologie	(DESVIGNE (P)	
	(N..	
Orthopédie	JULET (R)	
Oto- rhino-laryngologie	GAUBRY (M)	
	(MADURO (R)	
Parasitologie	(CHABAUL (A)	
	(N..	
Pathologie chirurgicale	(ABOULKEF (P)	(N..
	(BAUMANN (J)	(N..
	(GOSSET (J)	(N..
	(LAURENCE (G)	(N..
	(LORTAT-JACOB (J)	(N..
	(OLIVIER (Cl)	(N..
	(POILLEUX (F)	(N..
	(VERIE (J.F)	(N..
Pathologie expérimentale	N..	I..
	(BERNARDI (J)	(N..
	(BOULIN (G)	(N..
	(CASTAIGLE (P)	(N..
Pathologie médicale	(COLTE (M)	(N..
	(DOUART (A)	(N..
	(LAMOTTE (M)	(N..
	(LAROCHL (Cl)	(N..
	(MILLIEZ (P)	
	(PEQUIGNOT (H)	
	(PERROTT (A)	
	(RAMBERT (S) (P)	
	(THIEFFRY (St)	
	(TURIAF (J)	



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552427_0028

	ME.	
	(MELILLE(A)	(PATEL(J)
	(HUGUIER(J)	(BOUX(A)
Clinique chirurgicale ; ;	(LIGER(L)	(RUDIN(J.C)
	(PALOVETI(P)	(SICARL(A)
Clinique médicale ...	(BROULT(J)	(MAYRUS(Gilbert)
	(L..	(BOUVET(R)
	(DECOURT(J)	(KOURILSKY(R)
	(MAGUEYAU(L)	(MARCHAL(G)
	pr.g.ch.	(SOULL(L)
	(HILBURGER(J)	
Clinique obstétricale ..	(MCALEL(G)	
	(L'YER(L)	(VARGOT(J)
Clinique ophtalmologique . .	OFINET(G) ;	RELAND(G)
Clinique urologique . . .	COUVERAIRE(R)	

Secrétaire général de la Faculté. . . M. LOREL (J)
Secrétaire Mlle CHAINTRUIL (G)

Conservateur chargé de la direction. M.le Dr.HAHN(A)
ConservateurMlle GOICHOI
BibliothécairesMllesIFAITH(P),FAURAT(R)
 (LEMOIG),QUILVERAUX(L)

Par délibération en date du 9 décembre 1790, l'école a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A

Monsieur le Professeur FUNCK - BRENTANO (Paul)
Professeur de Clinique Gynécologique à la
Faculté de Médecine
Chirurgien de l'Hopital Broca
Membre de l'Académie de Chirurgie
Croix de Guerre
Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de notre thèse,
Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre
respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Raymond LEIBOVICI

Chirurgien de l'Hopital Lariboisière

Croix de Guerre

Officier de la légion d'Honneur

A Monsieur le Professeur Frédéric BUSSE

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Chef des Travaux pratiques de l'Anatomie

pathologique

Croix de guerre

Médaille militaire

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous ont inspiré le sujet de cette thèse et nous ont
guidé dans son élaboration ,

Qu'ils trouvent ici l'expression de notre
profonde reconnaissance.

A nos Maîtres de la Faculté de Médecine de Paris
et de la Faculté de Médecine de Montpellier.

A Monsieur le Docteur FELDMANN (P)
Chirurgien-Chef de l'Hôpital de Gonesse
A Messieurs les Docteurs BEIX, CHOAY, COCHET, CORNU, De
THOMASSON, MARTIN-DUPRAY,
de l'hôpital de Gonesse

A ma Mère,

A mes Beaux Parents,

A ma femme

A mon fils

A nos collègues de l'internat de Gonesse

A nos amis, infirmières et employés de l'hôpital de
Gonesse

A nos amis

A nos compatriotes.

I N T R O D U C T I O N

Le présent travail est basé sur un cas de Naevo-carcinome suivi depuis quinze ans, cliniquement par Monsieur Raymond REBOVICI, anatomiquement par Monsieur Frederic RUSLER, et actuellement toujours en évolution.

Si l'indéniable malignité des naevo-carcinomes est le plus souvent très prononcée, dans certains cas cependant l'évolution est remarquablement lente, sans que rien puisse l'expliquer, parfois le traitement n'y étant pour rien et allant même contre toutes les règles thérapeutiques admises à l'heure présente.

Les cas de ce genre montrent que les notions actuelles sur les tumeurs malignes sont encore incomplètes, pour les naevo-carcinomes en particulier. C'est pour contribuer à leur connaissance que nous apportons cette étude.

x x

x

Dans le premier chapitre de ce travail, nous rappelons quelques notions générales sur les tumeurs mélaniques des revêtements et sur leur évolution.

Dans le deuxième chapitre, nous exposons notre observation fondamentale.

Dans le troisième chapitre, nous nous efforçons de tirer de ce cas des déductions valables.

C H A P I T R E I

RAPPEL DES NOTIONS GÉNÉRALES CONCERNANT LES
TUMEURS MÉLANIQUES

La notion des "Tumeurs noires" semble se retrouver dans Hippocrate. En fait, c'est Laennec qui, le premier en 1806, a identifié la "mélanose" qu'il ne fallait pas confondre avec la "matière noire pulmonaire", et décrit cette "espèce de cancers les moins communs"; c'est "la forme la plus grave du cancer", a-t-il ajouté.

La "mélanose" de Laennec, la présence de mélanine peut se rencontrer en de très nombreux organes: choroides, muqueuses nasales, buccales, oesophagiennes, voies biliaires, surrénales, méninges, et bien d'autres. Mais c'est au niveau des téguments cutanés qu'elle est le plus souvent observée. Nous nous bornerons à cette dernière éventualité et particulièrement aux "tumeurs" proprement dites, entendant par là, les formations isolées, nettement localisées, qu'elles soient uniques ou multiples, et laissant de côté les lésions étendues telles que les mélanodermies.

CLINIQUEMENT on a distingué les tumeurs mélaniques bénignes et les tumeurs mélaniques malignes.

A)- Il existe plusieurs types de naevi mélaniques bénins suivant la conformation, l'étendue, la coloration et l'importance de la saillie:

1°)- le lentigo ou les lentiginos, appelés communément "grains de beauté", de taille relativement petite, tantôt plans tantôt légèrement saillants, de couleur noire, brune ou bleuâtre. L'abondance chez certains fait parler de "lentiginose profuse".

A ces formations, on peut rattacher les éphélides ou "taches de rousseur".

2°)- les naevi mélaniques tubéreux, ou naevi cellulaires ou naevi verruqueux; ce sont des tumeurs saillantes à surface tantôt lisse tantôt granitée, rugueuse, de volume variable. Parfois il existe une hypertrichose associée (naevi mélaniques tubéreux et pileux).

3°)- les naevi bleus de Darier et Ferrand qui sont des taches bleu-grisâtre ou bleu-ardoisé à contours nets et d'étendue variable.

4°)- les naevi achromiques plans qui sont de simples taches blanches arrondies ou irrégulières ou linéaires existant dès la naissance, parfois entourées d'un halo d'hyperpigmentation et qui, contrairement aux naevi achromiques, ne disparaissent pas à la vitro-pression.

5°)- les naevi tubéreux achromiques qui sont des naevi cellulaires, des naevi molles plus ou moins dépourvus de pigmentation.

B)- les tumeurs mélaniques malignes sont connues sous les noms de naevo-carcinomes, naevo-sarcomes, ou d'une façon plus générale de naevo-cancers, de mélanomes malins. Elles sont presque toujours nées d'un

naevus en apparence bénin . On a employé les termes de "dégénérescence", de "transformation maligne" pour désigner ce changement de caractères cliniques. C'est en effet un naevus qui, passé inaperçu ou négligé pendant un certain temps, se fait brusquement remarquer soit parce qu'il grossit, devient prurigineux ou sensible, soit parce qu'il saigne ou qu'il s'entoure d'un halo inflammatoire, ou d'une auréole mélanique plus ou moins foncée, (melanose précancéreuse de Dubreuil). Parfois la surface de ces tumeurs est creusée de petites ulcerations ou sillonnée de petites fissures saignantes. L'évolution maligne est prouvée tantôt et le plus souvent par un envahissement ganglionnaire et une généralisation métastatique plus ou moins rapides, tantôt par un accroissement spontané et accéléré de volume de la tumeur qui peut devenir énorme , gigantesque .

y y

x

1' ORIGINE des tumeurs mélaniques et leur EVOLUTION demeurent encore en bien des points obscures. Il y a des naevi qui sont trouvés dès la naissance et qui restent toujours tels qu'ils sont; - il y en a qui disparaissent dans les premières années de la vie, ou qui régressent plus tardivement; - d'autres, après être restés stationnaires pendant de longues années, évoluent spontanément comme des tumeurs malignes; - d'autres enfin se forment tardivement suivant les circonstances très diverses. Les naevi sont donc "loin d'être strictement congénitaux et immuables".

Conheim les a considérés comme des malformations embryonnaires, dans sa loi générale disant que "toutes les véritables tumeurs sont le résultat d'un vice de développement embryonnaire". Et Darier est aussi partisan de cette vieille théorie. Ce qui explique l'apparition tardive de certaines tumeurs c'est que "l'enfant porte en naissant non pas le néoplasme, mais le germe du néoplasme" (Conheim).

Gougerot (H.) en traitant la question de naevi tardifs post-infectieux (1930) a cité comme causes d'apparition de ces naevi tardifs, certaines maladies notamment la typhoïde, la grippe, la diphtérie, la tuberculose. Coetmeur a aussi rapporté dans sa thèse (Paris 1951) un cas intéressant de naevus pigmentaire succédant à l'herpès de la lèvre inférieure.

Les naevi peuvent aussi apparaître après traumatisme (blessure de guerre, froidure, insolation) (Gougerot 1910)

Et devant le passage subit à la malignité de certains naevi, adoptant encore la théorie de Conheim

en parlant de "germe qui sommeille", Cristiani a fait valoir l'importance de l'infection comme condition nécessaire pour le développement de ces "germes de néoplasme". Cette hypothèse, d'ailleurs non vérifiée est basée sur la fréquence d'évolution maligne des mélanomes ou d'autres tumeurs chez des personnes débiles, âgées ou misérables, des personnes qui se préoccupent peu des soins hygiéniques, des personnes exposées aux traumatismes, aux poussières. (J. Reboul 1893). De toute façon, ce qu'on a souvent remarqué, c'est qu'un traumatisme déclenche habituellement les phénomènes de malignité, (soit un petit choc, un simple grattage, soit un frottement permanent, soit enfin une tentative d'ablation instrumentale ou chimique). Et on peut constater avec Michel (Thèse de Nancy 1886-87) que "le naevus pigmentaire peut manifester sa malignité "de deux façons différentes: 1^{re}) - ou bien il se transforme directement en mélano-sarcome qui retentit d'abord "sur les ganglions puis se généralise; - 2^e) - ou bien, sans "présenter des signes locaux de malignité, il détermine "sur les ganglions une dégénérescence néoplasique suivie "de généralisation". Il n'y a donc pas un immuable schéma d'envahissement cutané, de métastase ganglionnaire, puis de généralisation. On sait d'ailleurs que les métastases se font à la fois par les voies sanguines et lymphatiques, touchent enfin dans la généralisation viscérale le foie, les poumons, les reins, le cœur, le péritoine, et même les os. En plus dans sa thèse consacrée aux "métastases rares des tumeurs mélaniques", Jacques Caffit a cité le système nerveux, le tube digestif les glandes endocrines, les organes génitaux (uterus,

testicule, prostate), la vessie, les glandes salivaires. Ses observations nous montrent davantage la gravité du cancer, et la complexité du diagnostic dans certains cas où la lésion initiale n'est pas reconnue facilement au début. Et récemment dans "la Semaine des Hôpitaux de Paris", (6-V-50), beaucoup d'auteurs dont R.Thiébaud, Cl.Gros et A.Roiligon, ont attiré l'attention sur les métastases cérébrales des tumeurs mélaniques. La malignité de ces tumeurs est en outre aggravée par la grossesse; Moulon-guet, Devois et Lecker en rapportant deux cas en 1955, ont rappelé ce fait communément admis par de nombreux auteurs.

Mais les naevi peuvent aussi régresser spontanément. Bérard(E.) a décrit le premier ce phénomène faisant intervenir les processus inflammatoires ou irritatifs qui déterminent une transformation fibreuse et l'oblitération ~~des~~ des vaisseaux primitifs de la tumeur. Toutefois, si la tumeur n'est pas entièrement transformée, ces modifications ont pu toujours retarder son développement et la rendent "définitivement stationnaire". Broca (P.) a aussi parlé d'oblitération vasculaire dans cette transformation; et Boeckel(E.) considérant cette régression fibreuse comme mode fréquent de guérison, explique ce phénomène de "l'étouffement des circonvolutions vasculaires" par l'hypertrophie des tissus connectifs consécutive à "l'inflammation spontanée ou provoquée". Le même dans les bulletins de la Société de Dermatologie 1932 et 1934, Gougerot et Carteaud ont rapporté des cas de régression spontanée. Et encore, ce qui est peu banal, c'est qu'un mélanome malin, au lieu d'être aggravé par la grossesse comme on le voit habituellement, peut régresser spontanément. C'est ce qu'a rapporté J. Loygue dans le récent numéro du "Journal de Chirurgie" (mai 1956) reprenant l'observation de L.F.Allen (New Plymouth).

Lu point de vue HISTOLOGIQUE ,

A)- Notons d'abord l'existence de certains élément normaux de la peau: les mélanoblastes et les mélanophores.

1^o) les mélanoblastes sont des cellules rameuses trouvées entre les cellules de la couche basale de l'épiderme dont elles diffèrent par leur richesse plus grande en pigments mélaniques, et surtout par leur forte coloration avec un réactif spécial, le DOPA (dioxypénylalanine); ce qui caractérise la présence de l'oxydase (Bruno Bloc), mettant ainsi en évidence leur fonction pigmentaire, et définissant le nom de mélanoblastes. Elles sont connues depuis longtemps par Langerhans qui le premier les a colorées par la méthode de l'or réduit (Lasson).

2^o) Les mélanophores sont des cellules conjonctives dermiques pigmentées, à réaction Dopa-négative. Elles ne produisent pas ainsi des pigments, mais les reçoivent. Ce sont des cellules "tatouées"; On peut penser que ces pigments proviennent de l'épiderme et que les cellules de Langerhans les leur transmettent. "Ainsi la présence de mélanine dans une cellule tumorale ne saurait la caractériser comme mélanoblaste"(Lasson).

B)- Dans les mélanomes, la cellule naevique est un élément spécifique qu'on ne trouve pas dans la peau normale. C'est une grosse cellule à limites nettes, globuleuse ou polyédrique lorsqu'elle subit la pression d'autres cellules. Elle a un noyau volumineux, arrondi, ou quelque peu échancré, renfermant une chromatine abondante ramassée en mottes assez grossières dont quelques unes plus volumineuses font office de nucléoles. Son

protoplasme abondant est beaucoup plus clair que celui des éléments malpighiens, mais il est parfois enfumé de fines granulations de pigments mélaniques. Les cellules naeviques se groupent souvent en amas globuleux appelés "thèques" (Larier), tenues dans la partie profonde de l'épiderme, ou émigrées dans le derme où elles se multiplient encore, donnant ainsi naissance à d'autres thèques.

1^{re}) Les naevi plans sont caractérisés surtout par la présence d'un nombre excessif des cellules de langerhans fortement pigmentées, se groupant, se serrant en amas compact (au lieu d'être clairsemées, régulièrement espacées comme dans l'épiderme normal). L'épiderme dans l'ensemble n'est pas épaissi, souvent même il est plus mince qu'à l'état normal. Le derme papillaire est "tatoué" de grains mélaniques.

2^{de}) Dans les naevi hyperplasiques (naevi tubéreux, naevi cellulaires) non seulement il y a une exagération de la différenciation mélanoblastique, mais encore une prolifération des mélanoblastes qui émigrent dans le derme et s'y entassent. C'est dans cette forme que l'on observe des "thèques" caractéristiques et localisées strictement dans les papilles dermiques ou dans la profondeur du derme. Leur volume et leur nombre sont très variables d'un cas à l'autre. Parfois ils tendent à se propager dans l'épiderme l'hypoderme, dans les prolongements fibreux du derme. Les cellules ne montrent jamais des caractères histologiques de malignité.

C)- Dans les mélanomes malins, le derme est largement infiltré de cellules naeviques; les nombreuses thèques dermiques sont d'ailleurs noyées dans un infiltrat inflammatoire très dense, riche en lymphocytes et

en plasmocytes. Ces cellules naeviques sont volumineuses avec des noyaux énormes, parfois monstrueux souvent bourrées de mélanine. Elles se présentent parfois sous forme alvéolaire, ou en cordons. Les mitoses sont fréquentes. L'abondance et la répartition des pigments mélaniques sont d'ailleurs très irrégulières. Il arrive que certains naevi très pigmentés donnent des naevo-carcinomes qui le sont très peu. Dans un ganglion métastatique on peut trouver parfois des zones claires à côté des zones très foncées; de même on peut trouver côte à côte des ganglions présentant des aspects complètement "truffés" ou des aspects "mastic" (Roussy G., Huguenin R. et Ngô-quôc-Quyên). D'ailleurs en désignant certains ganglions comme "cimetières des pigments", Bruno Bloch a montré depuis 1923 le peu de valeur pronostique d'une hyperpigmentation ganglionnaire.

On a décrit dans ces tumeurs malignes des épithéliomes et des sarcomes, en se basant sur la morphologie cellulaire. Un argument permet d'affirmer qu'il s'agit dans les deux cas de mélanomes malins, c'est que ces deux aspects sont souvent associés dans une même tumeur.

C H A P I T R E I I

OBSERVATION :

I). En Juillet 1941, la dame D.L. 46 ans, charcutière de son état, consulte le Dr. Leibovici (Raymond). Elle se présente avec un aspect floride, frisant la pléthore et l'obésité, n'accuse aucun trouble ni de l'état général, ni d'un quelconque appareil. Elle vient parce que depuis deux semaines, elle voit se former, dans la région inguino-crurale gauche, une "grosseur".

L'examen montre, à l'angle supéro-interne du triangle de Scarpa, une masse tout à fait indolore, de volume d'une mandarine, de consistance ferme, assez bien limitée, mobile sous la peau, et paraissant se prolonger vers le haut par un mince pédicule, filant sous l'arcade crurale. Pres de son pôle supérieur, la palpation isole une autre masse, beaucoup plus petite, du volume d'une amande sèche, très mobile et bien limitée.

A noter que ni l'interrogatoire, ni l'examen ne révèlent la moindre lésion du membre inférieur, ni du périnée. On pense qu'il s'agit probablement d'une épiplocèle crurale irréductible, incarceration dans le canal crural, avec une petite lymphadénite banale dans son voisinage.

Intervention (30 -7-41)

Incision suivant le grand axe de la masse de 10cm de longueur, remontant un peu au dessus de l'arcade crurale. libération et dégagement. On voit alors qu'il s'agit d'une tumeur solide, certainement lympho-ganglionnaire, surmontée vers et sous l'arcade crurale par le petit ganglion lymphatique signalé ci-dessus. Les deux formations

ont une consistance rénitente, presque fluctuante pour la plus grosse. Surtout on est frappé par leur couleur violacée presque noire, qui fait déjà penser à un mélanome malin. On repère quelques autres petits ganglions lymphatiques d'aspect normaux aux alentours des deux précédents et on extirpe largement et en masse tout le paquet lympho-ganglionnaire. Hémostase. Capitonage. Agrafes sur la peau. Suites simples.

Examen anatomique

Le chirurgien ayant ouvert la pièce d'exérèse, avait constaté que la masse avait une tranche de section compacte, assez molle, un aspect charnu, et était parcourue par de larges trainées violacées ou noires. L'ensemble ne pouvait s'expliquer que par une métastase de mélanome malin, ce que devait confirmer sans peine l'étude microscopique.

Examen histologique N° 4.935 (Pr. Busser)

" les ganglions lymphatiques forment une masse volumineuse avec une tranche de section homogène, parcourue de trainées noirâtres faisant immédiatement penser à une métastase de mélanome malin.

L'examen microscopique montre que l'architecture normale a complètement disparue, seule persistant une capsule fibreuse périphérique.

Tout le reste de la masse est constitué par une tumeur d'architecture trabéculaire, avec un stroma très grêle et des éléments cellulaires souvent anormaux par leur taille et par les monstruosité de leurs noyaux. Il n'existe aucun caractère de différenciation, n'était la présence de pigments mélaniques abondants, et qu'une imprégnation argentique a montré beaucoup plus importante qu'au premier abord."

Malgré que l'on eut déjà recherché sur le membre inférieur et au périnée les lésions ou la trace des lésions ayant pu provoquer une lymphadénite secondaire, on répète cet examen, mais sans résultat: nulle part on ne trouve de formation pigmentée, même la plus minime.

Mais un nouvel interrogatoire devait être plus fructueux. La malade signale un fait qui lui apparaissait sans intérêt: au mois de Janvier 1940, son médecin traitant avait détruit au thermo-cautère une "tache noire" sur la petite lèvre gauche, ceci sur la demande de la dame, et pour des raisons "esthétiques". Et de fait, sur la petite lèvre gauche, atrophiée, très réduite par comparaison avec celle de droite, on peut voir une petite cicatrice blanchâtre, très souple. La tache noire en question aurait été d'apparition récente.

Et la situation était la suivante:

- 1)- destruction d'une tache mélanique en Janvier 1940,
- 2)- apparition en Juillet 1941, soit dix huit mois plus tard, d'une métastase lympho-ganglionnaire, s'accroissant rapidement.

Il paraissait évident d'une part que l'évolution maligne ne s'arrêterait pas là, d'autre part qu'il n'y avait aucun traitement de supplément à envisager et entreprendre.

C'est avec ce pronostic, dont il est superflu d'indiquer la gravité ou plutôt la fatalité, que la malade reprend son activité, pensant être guérie, car bien entendu, on ne l'avait pas informée de ce qui semblait l'attendre dans un avenir très proche.

II.) En Janvier 1954, la dame D.L. consulte le Dr. T.R; pour un petit papillome, du volume d'un pois, qui s'est formé sur le côté droit du capuchon du clitoris. Le mince pédicule sectionné par électrocoagulation est examinée par le Dr.L. qui répond "structure caractéristique de naevo-carcinome". Devant ce résultat, imprévu on peut, le croire, le Dr. T.R. s'inquiète de cette "cicatrice de hernie gauche", et est informé de l'épisode précédent.

L'examen le plus minutieux du corps entier ne révèle pas la moindre trace de métastase possible. L'état général de la malade est toujours excellent.

A noter que la cicatrice de la petite lèvre gauche a exactement les mêmes caractères qu'en 1941; et que l'ablation de la tumeur clitoridienne s'est cicatrisée très vite.

Que faire dans de telles conditions, si ce n'est d'attendre?— car il ne pouvait être question, puisqu'il n'y avait pas de métastases perceptibles, de pratiquer soit un curage ganglionnaire, soit un traitement par radiations. On pouvait espérer que l'évolution serait favorable autant que pour la première tumeur. Il n'en fut pas tout à fait ainsi.

En Mars 1955, la dame D.L. fait un faux pas en descendant un trottoir et ressent une violente douleur dans la région inguinale droite et constate l'apparition d'une petite tuméfaction à la partie interne du pli de l'aîne. Elle consulte dans le service du Dr.Leibovici, à l'hôpital Lariboisière. Après examen de la petite masse on pense à la possibilité d'une minime hernie crurale

étranglée, ceci d'autant plus que l'examen local le plus minutieux: vulve, vagin, rectum, sans parler de tout le membre inférieur droit, est négatif ; et que l'état général est toujours aussi parfait.

Intervention le 31-3-55:

Ablation de la masse qui donne l'impression d'une formation lympho-ganglionnaire, mais ne présente aucune trace de pigmentation.

Examen histologique N° 34.619 (Pr. Busser)

" Ganglion lymphatique très largement envahi par une tumeur d'architecture épithéliale, en vastes nappes de cellules très atypiques avec d'innombrables monstruosité cellulaires.

L'ensemble fait penser à un mélanome achromique, hypothèse qui se trouve confirmée par une imprégnation argentique ".

Le 6 Avril 1955, le résultat de l'examen connu, on fait un évidement lympho-ganglionnaire droit, en passant au large de l'incision précédente et en réséquant la partie haute de la veine saphène interne. Sous l'arcade crurale, on trouve un amas de plusieurs petits ganglions lymphatiques, formant dans l'ensemble une masse du volume d'une noisette, et se montrant à la section, largement infiltrés de pigments mélaniques.

Examen histologique N° 34.664 (Pr. Busser)

" La pièce opératoire contient plusieurs ganglions lymphatiques dans lesquels on trouve des formations métastatiques de structure absolument semblable à celle de l'examen N° 34.619 (31-3-55).

La malade sort de l'Hôpital cicatrisée et subit un traitement radiothérapique.

Ce traitement assez bien supporté dans l'ensemble mis à part quelques troubles intestinaux passagers, la malade ne présente aucun signe de récidive jusqu'en avril 1956, où l'on constate, sous la cicatrice inguinale droite des deux dernières interventions, un noyau dur, apparu depuis un mois environ, gros comme une amande sèche, et qui semble appartenir au groupe supéro-interne du triangle de Scarpa.

Intervention le 16 avril 1956

" Incision recourbée ilio-inguinale circonscrivant la cicatrice adhérente et la peau qui recouvre la récidive ganglionnaire. En passant au large on prend contact avec l'aponévrose du grand oblique, la gaine du couturier et celle du moyen adducteur. On évide le triangle de Scarpa en disséquant de très près l'artère et la veine fémorales. Divers prélèvements sont pratiqués isolément pour être examinés à part. On termine en pédiculisant tout le paquet sur la saphène que l'on lie au ras de son aboutissement dans la veine fémorale. On désinsère l'arcade crurale et on la relève pour chercher s'il y a des ganglions iliaques. Aucune adénopathie en dedans de la veine iliaque ni au niveau du canal obturateur. Par contre il y a un ganglion allongé en dehors de l'artère iliaque. On dégage l'espace de Bogros et on excise ce ganglion qui paraît normal. Un drain. Suture de la peau en T au fil de lin ".

Examen histologique N°38.526 (Pr.Busser)

" La pièce opératoire est constituée par un tissu cellulo-graisseux parcouru de travées fibreuses épaisses. Au centre de cette pièce existe un noyau sphérique du volume d'une cerise, coloré uniformément en noire intense. L'examen histologique montre une structure de mélanome malin; à la périphérie de cette formation métastatique

existe une coque séreuse qui représente vraisemblablement la capsule d'un ganglion lymphatique.

Dans les autres éléments cellulo-lymphatiques prélevés il n'y a aucune formation mélanique visible".

EN RESUME

- I.- 1^{re}) En Janvier 1940, ablation d'une tache noire sur la petite lèvre gauche (aucun examen histologique)
2^{de}) Fin Juillet 1941, ablation d'une métastase inguinale gauche: naevo-carcinome.

Aucun traitement, aucun accident jusqu'à la période suivante.

- II.- 1^{re}) En Janvier 1954, ablation d'un papillome sur la partie droite du capuchon du clitoris: examen histologique: Naevo-carcinome.
2^{de}) En Mars 1955, ablation d'une métastase inguinale droite : Mélanome malin achromique.

Radiothérapie

- 3^{de}) En Avril 1956, récidive inguinale droite: naevo-carcinome

DONC:

- Dans le 1^{er} épisode: 18 mois entre l'intervention et la métastase.
- Puis treize ans de silence, et
- Dans le 2^e épisode:
 - apparition d'un nouveau naevo-carcinome
 - métastase ganglionnaire après 14 mois,
 - récidive ganglionnaire 13 mois après la métastase, et 27 mois après la tumeur primitive. Sans rien du côté gauche.

CHAPITRE III

COMMENTAIRES :

I.- SUR LES TUMEURS MELANOLIQUES EN GENERAL ;

Rappelons que nous entendons étudier ici les "tumeurs noires" de la peau qui, sous leurs formes les plus courantes, se présentent soit comme des lésions planes ou à peine saillantes, nommées communément "grains de beauté", soit comme des formations légèrement saillantes, verruqueuses ou papillomateuses.

L'évolution maligne de ces tumeurs noires peut se manifester soit par leur soudaine apparition, soit par l'augmentation de volume rapide d'une lésion existant depuis longtemps, soit par une fragilité nouvelle qui les fait saigner au moindre contact, soit enfin par l'apparition de métastases ganglionnaires sur une tumeur ayant présenté ces caractères d'accroissement ou de fragilité, ou ayant été traitée de façon incorrecte, mais parfois aussi sans que la tumeur initiale ait présenté la moindre modification ou ait subi le moindre traumatisme volontaire ou involontaire.

On voit par cet ensemble, combien il est difficile d'affirmer la malignité d'une tumeur en l'absence de métastases ganglionnaires. Et en outre la bénignité morphologique d'une tumeur noire ne permet pas d'éliminer tout soupçon de malignité clinique. La complexité évolutive de ces tumeurs mélaniques a fait dire à Duperrat qu'elles "possèdent un génie particulier qui

varie avec chacune d'elles". Et nous pouvons constater avec lui qu' "il y en a qui sont étonnamment inexorables", qu' "il y en a qui sont étonnamment débonnaires".

Si l'on se reporte à des travaux récents, on note des résultats tout à fait décevants et même discordants qui s'expliquent peut-être mais non absolument, par la difficulté de savoir reconnaître à coup sûr la malignité. Comme l'a bien montré Duperrat, devant les différentes éventualités (naevus intact, naevus qui vient d'apparaître, naevus traumatisé et naevus modifié), il faut remarquer :

- que les poussées évolutives ne sont pas forcément les dégénérescences,
- que l'irritation cutanée , surtout par insolation, peut donner des poussées évolutives: "naevi révélés", "naevi augmentés", qui ne sont pourtant pas malignes,
- que la possibilité de suppuration sous naevique peut être une cause d'erreur.

Quant à l'influence des modes de traitement sur l'évolution, l'accord est loin d'être fait. Si plus personne ne défend la destruction au thermo-cautère ou au galvano-cautère, certains sont partisans formels de l'électro-coagulation proposée par Ravaut et Ferrand en 1927 et largement utilisée en France depuis lors; mais d'autres, en particulier les auteurs anglo-saxons préfèrent l'exérèse chirurgicale large et le curage lymphatique systématique en cas de mélanome malin, même sans tumeurs secondaires palpables . Cet évidemment ganglionnaire doit être large. Tailhefer et Filleron ont fixé "trois à six semaines après le premier temps de

destruction locale du naevo-carcinome suivant que l'on palpe ou ne palpe pas l'adénopathie", en raison de "piège ganglionnaire" dont a parlé Gougerot.

Ajoutons enfin que certains rejettent absolument l'excision locale au bistouri ordinaire ou même au bistouri électrique, méthode que d'autres considèrent comme suffisante, en particulier des spécialistes tels que Tailhefer et Pilleron, ou que Pack qui soutient que "si un naevus pigmentaire est totalement supprimé à l'état bénin, il ne récidive jamais sous forme de mélanome malin".

Si l'on considère les résultats des thérapeutiques diverses, on constate encore une grande diversité:

1^{re}) Pour les mélanomes primitifs, sans métastases ni récidives; Estrade (1953) dans son "étude analytique des 120 cas" a cité 15 guérisons de plus de 5 ans, soit 19%. Tailhefer et Pilleron (1955) sur 145 observations (dont 105 ont un recul de 5 ans), ont obtenu 30 % de survie, et 49 % pour les cas traités d'emblée. Cogniaux et Vander Meiren (1947) ont 55 cas avec le recul de 5 ans, 16 sont vivants ne présentant plus de signes cliniques de cancer, soit 29 %.

2^{de}) Pour ceux qui s'accompagnent de métastases ou qui se reproduisent après un premier traitement ;

Sur 12 cas de ce groupe, leur 2^{de} groupe, Moulonguet, Devois et Decker (1953) ont obtenu 2 guérisons de 5 ans, soit 16 %. Parmi leur 28 cas ayant dépassé le stade local, Cogniaux et Vander Meiren ont obtenu 3 guérisons, soit 11 %.

En outre deux points nous paraissent importants. D'une part Tailhafer et Pilleron en rapportant 26 % de cas de guérison apparente par évidemment ganglionnaire dans les cas de naevo-carcinomes avec ganglions envahis, ont beaucoup insisté sur "ce fait qui va à l'encontre d'une opinion trop répandue qu'il n'y a pas de guérison possible lorsque les ganglions sont envahis".

D'autre part, Moulonguet, Devois et Decker ont déjà souligné l'existence de récurrence et métastase tardives. Ils ont cité un cas dépassant 5 ans, et surtout un autre cas de naevus du poignet traité par l'électro-coagulation suivi 15 ans plus tard, d'un nodule à 3cm de la cicatrice avec ganglion axillaire, efflorescence de nodules cutanés et métastase cérébrale.

X

X

X

II.- SUR TOTAL CAS DE NAEVO-CARCINOMES DE LA
VULVE .

Les cancers de la vulve sont peu fréquents , sans être absolument exceptionnels: un à deux pour cent de l'ensemble des tumeurs de la vulve. Pour l'ensemble des naevo-carcinomes, H. et L. Hergarten comptent pour 127 cas, deux localisations vulvaires. (Soc. de Gyn. et Obst. Nov. 1951 P. 159)

Nous n'avons trouvé qu'une observation de localisations vulvaires multiples, celle publiée par C.M. Gros, R. Maître, A. Veillon et P. Speeg (Soc. de Gyn. et Obst. 1952, t. 4, N° 1, p. 157), et concernant une femme de 32 ans qui présenta un mélanome malin de la grande lèvre droite qui fut enlevé; dix mois après l'intervention, une formation analogue sur la grande lèvre gauche; environ deux ans après le début, une petite tumeur du museau de tanche; et enfin, des métastases intra-abdominales vraisemblablement ganglionnaires et une atteinte de la diaphyse fémorale gauche. La mort était imminente un peu moins de quatre ans après le début.

Notre cas présente plusieurs particularités:

1°) Le début est tout à fait celui que l'on observe habituellement : Une petite tache noire vulvaire gauche détruite inopportunément et incorrectement, provoque dix huit mois plus tard, l'apparition d'une métastase ganglionnaire dans la région inguinale du même côté; Nous disons "inopportunément" car cette tache ne provoquait aucune gêne, la malade déclare elle même que c'est pour des raisons esthétiques (?), qu'elle a sollicité

cette intervention; - "incorrectement" , car il est de notorité indiscutée que la destruction au thermo-cautère du mélanome le plus bénin en apparence peut entraîner des accidents redoutables.

C'est ce qui s'est passé, ou plutôt aurait pu se passer, car, après l'exérèse de la métastase au bistouri simple, et sans traitement radiothérapique pour des raisons indiquées ci-dessus, aucune autre localisation ne s'est prononcée, même aucune récidive; - car à l'heure présente, la cicatrice linéaire, mince, souple, pourrait aussi bien être celle d'une banale cure de hernie, et l'on ne trouve trace d'aucun ganglion lymphatique perceptible à la palpation.

Et cette guérison, car on peut parler de guérison, se maintient donc depuis plus de seize ans.

Voilà le premier fait à noter.

22) Par la suite, quatorze ans après la tache vulvaire gauche, et douze ans après la métastase ganglionnaire, apparaît sur le capuchon du clitoris, du côté droit , une petite tumeur du volume d'un pois, paraissant comme un banal papillome. Cette formation est enlevée par section de son mince pédicule au bistouri électrique. Aucun traitement radiothérapique ou d'exérèse n'a pu être pratiqué lorsque fut connue la nature de mélanome malin par l'examen histologique, car il n'y avait aucune adénopathie perceptible ni dans la région inguinale correspondante, ni nulle part ailleurs.

Après quatorze mois de tranquillité, on observe une métastase inguinale droite, que l'on enlève dans un premier temps par exérèse simple, complétée dans un

second temps par un nettoyage soigneux de toute la région inguino-crurale, remontant même au delà de l'arcade crurale où sont trouvés les ganglions envahis, non perceptibles macroscopiquement.

Quoiqu'ait été pratiqué un traitement roentgenthérapique extrêmement poussé, une deuxième récurrence se survient treize mois après la précédente.

Actuellement la malade vit toujours et présente toujours le même aspect floride. Son état général a été passagèrement et très légèrement altéré par le traitement roentgenthérapique. Il faut ajouter que de multiples explorations récentes de tout l'organisme n'ont pas montré la moindre trace d'autre localisation.

La parfaite santé du sujet, et l'absence de récurrence autre que locale, constitue un second fait peu banal.

Notons en passant que la deuxième intervention inguinale droite, faite en deux temps, est peut-être la cause indirecte de la deuxième métastase ganglionnaire; Mais il ne faut pas être trop sévère pour l'erreur de diagnostic (hernie crurale étranglée), et tenir compte des circonstances d'apparition, de l'embonpoint de la malade, et du résultat négatif de toutes les explorations cliniques, radiologiques et autres.

39) Du point de vue thérapeutique existe un troisième fait :

Une première localisation malencontreusement détruite au thermocautère, une métastase ganglionnaire enlevée au bistouri simple, sont suivies de guérison, maintenue depuis nombre d'années. Une seconde localisation

enlevée au bistouri électrique, provoque une métastase qui est traitée par un très large évidement de la région inguino-crurale, puis par roentgenthérapie, et récidive localement au bout d'un an.

Certes, on peut reconnaître que non seulement l'évolution clinique des mélanomes malins est déconcertante, mais aussi que leur traitement est des plus décevants.

Enfin nous avons écrit, au sujet de la lésion apparue la première, la tache noire vulvaire gauche, qu'elle était guérie depuis l'ablation de la métastase ganglionnaire gauche, soit depuis plus de seize ans. Mais le papillome naevique du clitoris est peut-être une métastase, ou une récidive ? - Les deux hypothèses nous semblent insoutenables, en effet, les deux localisations sont séparées très nettement, ne sont pas du même côté, et n'ont pas les mêmes territoires ganglionnaires; en outre il s'est passé plus de douze ans entre l'apparition de la tache vulvaire et celle de la tumeur clitoridienne; enfin l'évolution se montre nettement plus maligne pour celle-ci, traitée cependant bien plus rationnellement que la première.

Dans les diverses publications de ces dernières années, laissant de côté le cas de Gros et collaborateurs cité plus haut, dont l'évolution rapide et continue n'exclut pas la possibilité de récidives successives, nous n'avons pu retenir que l'observation de Moulonguet, Devois et Decker, également citée et dont l'analogie est frappante: naevus du poignet électrocoagulé et guéri; quinze ans plus tard, à trois centimètres de la cicatrice, apparition d'une nouvelle tumeur naevique qui, très rapidement entraîne une généralisation étendue et mortelle.

Même intervalle de plus de dix ans, même différence dans l'évolution des deux tumeurs, avec cette réserve: apparition dans la même région, du même côté, avec un territoire lymphatique analogue, - réserve peu valable, on ne peut supposer qu'une même tumeur, à double localisation, se manifeste pour l'une quinze ans avant l'autre.

Nous savons que pour beaucoup d'auteurs les tumeurs naeviques sont toutes congénitales et de nature dysembryoplasique, qu'il en existe de cachées, latentes se révélant tardivement. Nous savons que la plupart des "grains de beauté" ne se modifient pas au cours de toute une existence, mais peuvent évoluer de façon maligne, tantôt après un traitement intempestif, tantôt spontanément. Sans oublier que l'examen histologique permet d'affirmer la nature cancéreuse de certains mélanomes, mais ne donne jamais de certitude quant à la bénignité. Enfin on doit reconnaître une fois de plus que l'excès est parfois un défaut, mais jamais en tant que prudence à l'égard des tumeurs noires malgré les résultats discordants des différentes méthodes thérapeutiques.

Et l'on en revient toujours au même point en ce qui concerne les tumeurs malignes; on ne peut agir rationnellement sur des lésions dont on ignore totalement les causes efficientes véritables. Force est d'en rester aux méthodes empiriques.

C O N C L U S I O N S

1^o) Il est exceptionnel d'observer, chez un même malade, l'évolution à plus de dix ans d'intervalles, de deux naevo-carcinomes, dont la malignité est prouvée à la fois par l'apparition de métastases et par la structure histologique.

2^o) En outre du laps de temps écoulé, les différences d'évolution et de résultats thérapeutiques, les localisations lésionnelles distinctes permettent d'affirmer qu'il s'agit de deux tumeurs différentes, chacune ayant son identité propre.

3^o) Les caractères ci-dessus indiqués ne peuvent que confirmer les notions bien connues sur les variations évolutives de ces tumeurs et sur les difficiles problèmes que pose leur traitement.

Vu le Roven,

Vu le Président de l'Académie

Vu et permis d'imprimer

le Recteur de l'Académie de Paris

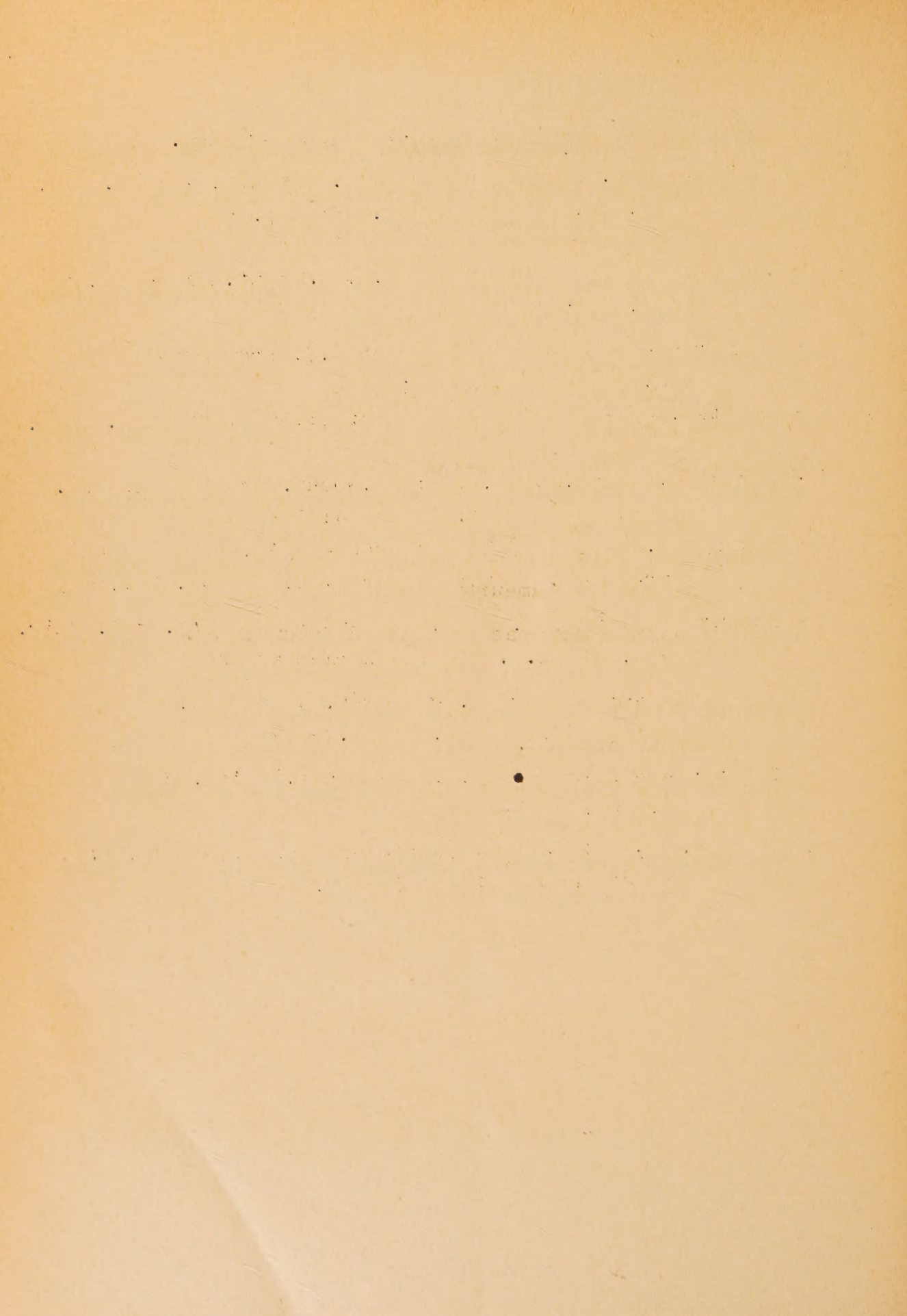
MARCELIN

B I B L I O G R A P H I E

- Allen E.P; (New Plymouth) - British Medical Journal
Nº 4947, 29 Oct.1955,p.1067
- Audry - Le naevocarcinome clinique. Brux.Méd. 26-4-26
- Belot J. , Naham L. - Considérations sur les traitements des naevocarcinomes; - Bull.Assoc. Fr. Et;Cancer,nº 3, Mars 1926
- Bimes C. - Histopathologie des naevocarcinomes cutanéomuqueux. Bull. Assoc. Fr. Et. Cancer nº4,1953,p.461
- Caffit J. - Métastases rares des tumeurs mélaniques
Thèse de Médecine 1950, Toulouse.
- Coetmeur Jean - les formes évolutives des Naevi mélaniques. Thèse Méd. Paris 1951,nº 309
- Cornil I. et Mosinger E. - les naevi et les maladies naeviques. Extrait du Traité de Derm.Paris Doin 1935;
- Cogniaux P. et Vander Meiren I. - Contribution à l'étude clin. et therap. des M.C.-Arch.Belges Derm. et Syphil. nº2, Fév. 1947
- Costes - Arch.Derm. et Syphil. Clin. St. Louis nº1 1952
- Carteaud A. - Modalités évol. des naevi. - Journal des Praticiens 1er Juin 1950
- Bachmann R. traitements des M.C. th. Paris 1937

- Bloch Br. - Les naevo-carcinomes. 2è Congrès de Derm.
et Syphil. de langue fr., Strasbourg 1923, p. 131
- Bonnet P. - la mélanose et les tumeurs mélaniques
Th. Méd. Lyon 1911.
- Decornet H.M.F.A. - A propos d'un cas de Naevus pigm.
lératoderm. congén. géant. Th. Méd. Nancy 1947 .
- Duperrat - Considér. à propos des N. mélan. - Bull.
Ass. Fr. Et. Cancer n°4, 1953, p. 461
- Darier - Les N.C. Bull. Ass. Et. Cancer. 21 Nov. 1913
- Estrade J. - Etude analyt. des 120 cas de N.C. Bull.
Ass. Fr. Et. Cancer n°4, 1953.
- Gros C.M., Maitre R., Veillon A., Speeg P. - Histoire
d'un N.C. de grande lèvre. Bull. Gyn. Obst.
t. 4, n°1, 1952, p. 157
- Gros C.M., Speeg P. - Métast. cut. de N.C. apparue dans
un anc. champ d'irrad. J. Rad. Elect. 1949;
- Fileux L. - Les tumeurs mal. primitives de la vulve
Th. Méd. Paris 1902
- Fanger H. et Roberts W.F. (New england J. Med. 22-5-52)
Encycl. Méd. Chir. Derm. 12106.
- Gougerot H. - Naevi tardifs post-infect. - Arch. de
Clin. de St. Louis. Sept. 1930
- Gougerot (H) - Naevi post-trauma. - Soc. Fr; Derm. et
syphil. 10 Juil. 1919.
- Gros Cl. et Roilgen A. - Tum. mél. Syst. nerv. centr.
Sem. des Hôp. de Paris, 6 mai 1956.
- Masson - Les tumeurs - p. 612;

- Mayer C.- Les Naevocarcinomes , Concours Méd. 17 Déc.55
- Moulonguet P.,Devois, et Decker . Les N.C. 6 Bull. Ass.
Fr. Et. Cancer 13 Oct. 1953, p.76
- Mayer J. et Weissenbach C.- N.C. en prat.méd. - Concours
méd. 5 Mars 49.
- Leymarie J. A propos d'I cac de N.C. prépubien .
Th. Méd. Toulouse 1942 N°25
- Louste ,Vanaker Caillaure , 2 obser.Bull. Soc. Fr. Derm.
et Syph. 1927 p.739
- Loygue J. Mélan.malin, régress.spont. après grossesse;
Jour. de Chir. t.72 n°5 Mai 1956
- Roussy(G), Huguenin (R) Ngo-quoc -Quyên, - les tumeurs
noires de la peau; Presse Méd. N)° 92, NOV. 1935
- Ravaut et Ferrand M. Bull. et Mémoires de Soc. nat. Chir.
Trait. des N.C. par Diathermocoagulat.
- Reboul J. sur les trans. et Dégén. des Naevi.
Arch. génér. de Méd. 1893 ,7è série.
- Tagliante - Saracino (R.L.C.)- Contr.à l'et. des N.C.
Th. Méd. Paris 1945
- Tailhefer et Pilleron - Traitement des N.C. Bull. Ass;
Fr. Et. Cancer 1953, 13 Oct.



TABLE

	Page
Introduction	10
Chapitre I, Généralités	II
Chapitre II, Observation.	20
Chapitre III, Commentaires:	
Sur les tumeurs mélaniques. . .	27
Sur notre cas de Naevus-carcinome . .	
;	31
Conclusions ;	36
Bibliographie	37

